



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Senhores pais e/ou responsáveis legais

Estamos enfrentando uma queda progressiva nas coberturas vacinais em crianças e adolescentes, o que impede o controle de doenças preveníveis por vacinas. Todas essas doenças podem evoluir com formas graves, sequelas e óbito.

A equipe de vacinação da Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Imunização estará nos dias **09/12/2025** na escola do seu filho para que seja realizada a verificação e se necessário atualização das vacinas em atraso.

A vacinação será somente nesta data e para que seja realizada será obrigatório assinar esse termo, preencher os dados solicitados e levar a caderneta de vacinação.

Eu () autorizo () não autorizo
meu filho (a)nascido em:/...../....., CPF
nº (do aluno), turma a receber as vacinas
que estiverem em atraso.

Nome Completo da mãe:

ATENÇÃO:

Seu filho teve **dengue**: () sim () não

Tem mais de 6 meses? () sim () não

Tem algum tipo de **alergia**? () sim () não

Qual?

Documentos Necessários para Vacinação:

Documento de Identificação com Foto – CPF e/ou Cartão SUS - Cartão de Vacinação